



LEKÁRSKA FAKULTA
Univerzita Komenského
v Bratislave

Ž I A D O S Ť o vyradenie zo špecializačného štúdia

Priezvisko, meno, titul:

Rodený/á: Štátne občianstvo:

Dátum a miesto narodenia:

Trvalý pobyt:

Prechodný pobyt:

Tel.:

E-mail:

Špecializačný odbor:

Dátum zaradenia:

V súlade s **§ 70 ods. 5 nariadenia vlády SR č. 296/2010** o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností v znení neskorších predpisov **žiadam o vyradenie zo špecializačného štúdia.**

Dátum:

podpis žiadateľa

Vyjadrenie vedúceho pracoviska:

Dátum:

Podpis a
pečiatka:

Vyjadrenie navrhovateľa zaradenia do špecializačného štúdia*:

Dátum: Podpis a
pečiatka:

*súčasný zamestnávateľ; lekár samosprávneho kraja

Vyjadrenie odborného garanta LF UK:

Dátum: Podpis:

Vyjadrenie Lekárskej fakulty UK v Bratislave:

Dátum: Podpis:

Prílohy:

- *originál dokladu o zaradení*
- *index odbornosti*
- *záznamník zdravotných výkonov*